

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

319

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

par

Henri PAYER

Né le 3 Septembre 1911, à Lorient (Morbihan).

# DES CAUSES MULTIPLES EN PATHOLOGIE

Président: M. MONDOR Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, Éditeurs

23, Rue de l'École-de-Médecine, 23

1940

# LE DOYEN .... TIFFENEAU

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                        |                 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Anatomie .....                                                         | ROUVIERE.       |
| Physiologie .....                                                      | Léon BINET.     |
| Physique médicale .....                                                | STROHL.         |
| Chimie médicale .....                                                  | POLONOVSKI      |
| Bactériologie .....                                                    | Robert DEBRE.   |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale ....                      | BRUMPT.         |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                            | BAUDOIN.        |
| Pathologie médicale .....                                              | PASTEUR-VALLE   |
|                                                                        | RADOT.          |
| Pathologie chirurgicale .....                                          | MONDOR.         |
| Anatomie pathologique .....                                            | LEROUX.         |
| Histologie .....                                                       | CHAMPY.         |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                | TIFFENEAU.      |
| Thérapeutique .....                                                    | AUBERTIN.       |
| Hygiène et médecine préventive .....                                   | TANON.          |
| Médecine légale .....                                                  | BALTHAZARD.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                       | LEVY-VALENSI.   |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                             | Henri BENARD.   |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                         | CHIRAY.         |
|                                                                        | ABRAMI.         |
|                                                                        | FIESSINGER.     |
| Clinique médicale .....                                                | LOEPER.         |
|                                                                        | RATHERY.        |
| Hygiène et clinique de la première enfance ....                        | LEREBoullet.    |
| Clinique des maladies des enfants .....                                | NOBECOURT.      |
| Clinique des maladies mentales et des maladies<br>de l'encéphale ..... | LAIGNEL-LAVAST  |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.                       | GOUGEROT.       |
| Clinique des maladies du système nerveux ....                          | GUILLAIN.       |
| Clinique des maladies infectieuses .....                               | LEMIERRE.       |
|                                                                        | CUNEO.          |
| Clinique chirurgicale .....                                            | GOSSET.         |
|                                                                        | GREGOIRE.       |
|                                                                        | LENORMANT.      |
| Clinique ophtalmologique .....                                         | VELTER.         |
| Clinique urologique .....                                              | CHEVASSU.       |
|                                                                        | COUVELAIRE.     |
| Clinique d'accouchements .....                                         | JEANNIN.        |
|                                                                        | LEVY-SOLAL.     |
| Clinique gynécologique .....                                           | OMBREDANNE.     |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ....                     | MOCQUOT.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                  | HARVIER.        |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                | LEMAITRE.       |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                              | Pierre Duval.   |
| Clinique propédeutique .....                                           | M. VILLARET.    |
| Clinique de la Tuberculose .....                                       | TROISIER.       |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..                      | MATHIEU.        |
| Clinique de cardiologie .....                                          | LAUBRY.         |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                      | Clovis VINCENT. |
| Assistance Médico-sociale .....                                        | N...            |
|                                                                        | HAZARD.         |
| Professeurs sans chaire .....                                          | MULON.          |
|                                                                        | OLIVIER.        |
|                                                                        | SANNIE.         |
|                                                                        | VERNE.          |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

| MM.                      |                          | MM.                     |                             |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| ELINE .....              | Pathologie chirurgicale. | GIROUD .....            | Histologie.                 |
| RIETY .....              | Pathologie médicale.     | HALPHEN .....           | Pathologie médicale.        |
| RNARD (Etienne) .....    | Pathologie médicale.     | HAGUENAU ....           | Oto - rhino - laryngologie. |
| SANÇON (Justin) .....    | Hydrologie.              | JOANNON .....           | Hygiène.                    |
| NNET .....               | Bactériologie.           | LACOMME .....           | Obstétrique.                |
| ULANGER ....             | Chimie.                  | LANTUEJOUL ..           | Obstétrique.                |
| ULIN .....               | Pathologie médicale.     | LAVIER .....            | Parasitologie.              |
| DUET .....               | Pathologie médicale.     | LELONG .....            | Pathologie médicale.        |
| LLIARD .....             | Histologie.              | LEMAIRE .....           | Pathologie expérimentale.   |
| CHERA .....              | Pathologie médicale.     | LENEGRE .....           | Pathologie médicale.        |
| RDIER .....              | Anatomie.                | Mlle J. LEVY ....       | Pharmacologie.              |
| STE .....                | Pathologie médicale.     | MARCHAL .....           | Pathologie médicale.        |
| UVELAIRE (Roger) .....   | Urologie.                | MENEGAUX ....           | Pathologie chirurgicale.    |
| LARUE .....              | Anatomie pathologique.   | MOLLARET ....           | Pathologie médicale.        |
| LAY .....                | Pathologie médicale.     | MOUQUIN .....           | Pathologie médicale.        |
| GREZ (H.) ....           | Physique.                | PATEL .....             | Pathologie chirurgicale.    |
| SOILLE .....             | Médecine légale.         | PETIT - DUTAILLIS ..... | Pathologie chirurgicale.    |
| ONNET .....              | Obstétrique.             | RENARD .....            | Ophthalmologie.             |
| GNON .....               | Physique.                | RICHET .....            | Physiologie.                |
| VRE .....                | Pathologie chirurgicale. | SENEQUE .....           | Pathologie chirurgicale.    |
| UNCK - BRENTANO .....    | Pathologie chirurgicale. | SICARD .....            | Pathologie chirurgicale.    |
| LLIARD .....             | Parasitologie.           | SOULIE .....            | Pathologie médicale.        |
| RCIN .....               | Pathologie médicale.     | SUREAU .....            | Obstétrique.                |
| e GAUTHIER-VILLARS ..... | Anatomie pathologique.   | TURPIN .....            | Pathologie médicale.        |
| YET .....                | Physiologie.             | WILMOTH .....           | Pathologie chirurgicale.    |
| GENNES .....             | Pathologie médicale.     |                         |                             |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.               |                          | MM.                 |                          |
|-------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| SLAVE .....       | Pathologie chirurgicale. | LARDENNOIS ..       | Pathologie chirurgicale. |
| QUET .....        | Obstétrique.             | LE LORIER ....      | Obstétrique.             |
| AILLEY-BERT ..... | Physiologie.             | NEVEU-LEMAIRE ..... | Parasitologie.           |
| NIOT .....        | Pharmacologie.           | VAUDESCAL ....      | Obstétrique.             |
| TZ-BOYER ..       | Pathologie chirurgicale. |                     |                          |

## DE CLINIQUE ANNEXE

## A TITRE PERMANENT

MM.  
 ALAJOUANINE ..  
 BRULE ..  
 CATHALA ..  
 CHABROL ..  
 CHEVALLIER ..  
 DONZELOT ..  
 DUVOIR ..  
 GASTINEL ..  
 HUGUENIN ..  
 LAROCHE (G.) ..  
 LIAN ..  
 MOREAU ..  
 PIEDELIEVRE ..  
 SEZARY ..

Clinique  
médicale.

MM.  
 BASSET ..  
 BROcq ..  
 CADENAT ..  
 GATELLIER ..  
 de GAUDART  
 d'ALLAINES ..  
 LEVEUF ..  
 MOULONGUET ..  
 MOURE ..  
 QUENU ..

Clinique  
chirurgicale.

MM.  
 EGALLE ..  
 METZGER ..  
 PORTES ..  
 VIGNES ..

Clinique  
obstétricale.

## V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé .... Education physique.  
 LEDOUX-LEBARD .... Radiologie clinique.  
 RUPPE .... Stomatologie.  
 WEIL-HALLE .... Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

LE LIEUTENANT DE VAISSEAU

G. PAYER

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Tombé à l'ennemi le 23 octobre 1914

A MA FEMME

et

A MA FILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie

*Qui a bien voulu nous faire  
l'honneur de présider cette hèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici  
l'expression de notre reconnais-  
sance et de la grande admiration  
que nous lui avons toujours porté  
dès le début de nos études médi-  
cales pour son esprit si distingué.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-P. LAMARE  
Chirurgien de l'Hôpital de Saint Germain-en-Laye  
Membre associé de l'Académie de Chirurgie

*Il a fait plus qu'inspirer ce travail ! Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude. Puissent son intelligence si cultivée, son enseignement de grand clinicien, l'exemple de son activité inlassable aussi bien littéraire, artistique qu'e professionnelle avoir marquée toute notre vie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. LARGET  
Chirurgien de l'Hôpital de Saint Germain-en-Laye  
Membre associé de l'Académie de Chirurgie

*A qui me tient tant de sentiments de reconnaissance et de respectueuse affection.*

*C'est du plus profond de notre cœur que nous le remercions pour la grande part qu'il a pris à notre formation clinique et chirurgicale, pour toutes les marques d'intérêt qu'il nous a prodiguées, pour ses leçons si sûres et si nettes.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI.

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS SAUVE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIVET.

MONSIEUR LE DOCTEUR PICHON.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS SAUVE.

Chirurgien des Hôpitaux de Paris  
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Ce fut lui l'initiateur qui guida  
nos premiers pas dans la carrière  
chirurgicale. Il nous donna  
l'amour de la chirurgie. Il nous  
a aidé, soutenu à maintes reprises  
de sa paternelle sollicitude  
tout au long de nos études.*

*Qu'il veuille croire à notre très  
respectueuse et sincère affection.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BRAINE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris  
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Je lui dois beaucoup. Sans lui  
peut être rien de tout cela ne  
serait. Je lui adresse du fond du  
cœur l'assurance de ma très pro-  
fonde gratitude et de l'immense  
admiration que je porte non seu-  
lement au grand chirurgien; mais  
encore à l'homme qu'il est.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. HUC  
Chirurgien de l'Hôpital Saint Joseph

*Qui avec une grande patience  
et une sollicitude affectueuse  
nous prodigua toujours ses con-  
seils éclairés. Son exemple sera  
pour nous le plus précieux des  
stimulants, son enseignement le  
plus sûr des guides.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN CAPITAINE CHAPPOUX  
Chirurgien des Hôpitaux Militaires  
Chirurgien-Chef du Centre des Fractures au Levant

*Qu'il veuille croire à toute  
notre reconnaissance pour l'ac-  
cueil si consolant qu'il nous a ré-  
servé sur cette terre lointaine, et  
pour l'honneur qu'il nous a fait  
en nous prenant comme adjoint.*

*Je veux rendre ici un hom-  
mage respectueux à son esprit  
critique, à son intelligence de cli-  
nicien averti en même temps qu'à  
sa grande bienveillance envers  
nous.*

AUX MIENS

À MÉS AMIS

## P R E A M B U L E

---

A propos de quatre observations médico-chirurgicales il nous a paru intéressant d'envisager les causes des maladies, leur diagnostic, et les qualités que requiert la poursuite de ce dernier, en nous attachant tout spécialement au caractère si divers qu'offre le tableau clinique, et à l'unité habituelle de l'élément étiologique.

L'Alma Mater nous enseigne en effet qu'il est juste et profitable de rechercher la cause unique (*una causa*).

Elle nous dit qu'il ne se faut point contenter d'attribuer à chaque symptôme une cause différente de celle du symptôme voisin. Il faut tout au moins s'efforcer d'acquérir le lien qui apparente les deux causes, de trouver la raison commune, la cause profonde, parce que cette connaissance est source de plus de vérité. Cette acquisition permet en outre une efficacité thérapeutique plus grande, puisqu'en définitive le diagnostic clinique n'est qu'une étape dans le rôle du médecin. Guérir est le but essentiel qu'il lui faut atteindre.

Mais ce diagnostic, cette recherche exigent de la part de l'observateur des qualités, où dominent l'étonnement et la curiosité. Ces qualités, le médecin doit les entretenir,

les éducateurs du médecin ont la tâche de les lui inculquer. Le médecin ne doit pas se blaser.

Nous nous proposons, après avoir exposé l'intérêt de la poursuite d'une « Cause unique », de rapporter ces quatre observations, puis d'étudier à leur propos quelques-uns des fondements de la technique diagnostique.

## LA CAUSE UNIQUE

La recherche d'une cause unique satisfait l'esprit humain, la part scientifique de l'esprit humain. La pyramide qui, à son sommet, se couronne d'un seul bloc de pierre qui résume la multitude qu'il domine et dont la pointe assemble, en les absorbant, les crêtes qui s'élèvent vers elle, la clef de voûte qui seule maintient l'arc et lui garantit la forme et la durée, le calcul mathématique qui réduit au commun dénominateur des fractions différentes et incomparables sont autant d'exemples du sens dans lequel se satisfait l'esprit en même temps que le goût. Le sentiment a gagné au recul des religions polythéistes devant l'ascension triomphante des religions à dieu unique.

D'autre part notre culture ancestrale latine nous forme à la simplification. La version latine nous a créé une véritable discipline. L'effort qu'elle nous a demandé est essentiellement de simplification et de vérité. Les faits, les idées que formule la phrase latine doivent, dans la traduction française, garder leur valeur et leur ordonnance. Les images qu'elle évoque occupent un grand volume, elles engendrent en outre des images nouvelles qui

les complètent et les précisent tout en les amplifiant encore. Un travail de condensation suit alors, qui nécessite la recherche des termes français capables de résumer, sans les amoindrir, toutes ces images en leur gardant leur vérité, leur vie et leur sens. Condenser ainsi l'idée, c'est simplifier la formule. La simplification, la poursuite de l'unité à travers le multiple nous viennent de la version latine.

La recherche d'une « Cause Unique » à des phénomènes multiples satisfait notre esprit aussi pour une raison d'efficacité qui dérive de l'esprit de domination. Le besoin de dominer réside dans tout être humain..

L'homme a toujours cherché à rassembler pour dominer, puis pour comprendre. La compréhension dérive, elle aussi, de l'esprit de domination. L'homme qui connaît la cause pense pouvoir plus facilement agir sur elle, que ce soit par la supplication, le sacrifice ou la violence. Son effort est sans effet sur les causes nombreuses, souvent divergentes, habituellement fuyantes, qu'il ne peut embrasser. Il pèse en revanche de tout son poids sur la « cause unique » qu'une main peut étreindre.

Et puis l'homme pense aussi qu'une « cause unique » a les plus grandes chances d'être la vraie cause. Les mobiles qui s'attachent à des phénomènes ou à des symptômes nombreux variés, touchent à ceux-ci de si près qu'ils semblent se confondre avec eux et n'être comme eux que des apparences, des conséquences. Ils ne nous semblent pas offrir un caractère de cause véritable parce que celle-

ci, nous sentons qu'elle doit être moins multiple. La vérité et l'origine profonde s'affirment mutuellement. L'homme, depuis qu'il exprime sa pensée, a toujours voulu trouver la cause de la cause. Il ne peut pas concevoir qu'une cause unique ne soit pas à l'horizon du chemin de son effort. Cet horizon s'éloigne souvent, il est vrai, mais le chercheur ne se décourage pas parce qu'il ne se peut satisfaire que de la découverte d'une « cause unique ». D'ailleurs il est bon que l'horizon s'éloigne, et que le courage ne faiblisse pas parce que si le but se trouvait complètement atteint, l'effort n'aurait plus de raison d'être.

Or l'homme ne vit, et ne se satisfait que par l'effort. La nécessité de l'effort nous apparaît dès lors comme le *primum movens* de la recherche d'une « cause unique » en pathologie. Se contenter facilement, s'arrêter aux explications élémentaires n'est pas le fait de l'homme. L'effort seul est source de joies pures et entières, et c'est pourquoi l'effort qui poursuit la « cause unique » est satisfaisant.

Nous venons de voir pourquoi cet effort est *satisfaisant*. Nous pensons en outre qu'il est *nécessaire* parce que c'est la découverte de la « cause unique » qui permettra la thérapeutique la plus efficace. Nous croyons que la thérapeutique purement symptomatique, si elle est capable d'enregistrer certains succès, ne fournit pas la guérison vraie et durable. Nous ne voulons pas dire par là qu'il n'y ait pas de signes cliniques qui ne soient pas

eux-mêmes des causes, ni que leur suppression par une thérapeutique appropriée ne puisse soulager le malade, dans le domaine nerveux par exemple. Mais le soulagement à peu de frais qui contente le malade, ne peut satisfaire le médecin. Si celui-ci est parvenu à éviter l'action en retour, nuisible à l'organisme, de certaines manifestations bruyantes ou douloureuses, il laisse en revanche agir la cause profonde qu'il néglige. Il nuit à son malade, non pas parce qu'il aura institué une thérapeutique nocive par elle-même, mais parce qu'il laisse subsister la cause profonde, la « cause unique » et parce qu'il aura par là même retardé le geste vraiment efficace. Il nuit par omission.

Aussi nous pensons que, sans négliger tout ce qui peut soulager sans guérir, nous devons nous attacher à rechercher la « cause unique » dont seule la suppression procure la guérison vraie et durable.

En fait, comme il apparaît à l'étude des observations qui vont suivre, la recherche de la « cause unique », qui est habituellement la vraie, doit demeurer la règle.

---

## OBSERVATIONS

---

Voici 4 observations dans lesquelles il a été relevé plusieurs causes à un même syndrome clinique.

La première fut communiquée par les Docteurs J.-P. LAMARE et PIGNEY, à la Société Médico-Chirurgicale de Saint Germain-en-Laye, en juin 1935. Nous la reproduisons intégralement.

### OBSERVATION I

*Histoire d'un diverticule du duodénum, ou des difficultés de la médecine.*

Par le Docteur J.-P. LAMARE et le Docteur PIGNEY.

Monsieur F..., 66 ans, vient me voir en septembre 1933 et me raconte l'histoire suivante, qui est celle de sa maladie.

Jusqu'en avril 1932 il n'a jamais été malade. Il pesait à cette époque là 80 kilos, digérait bien, ne souffrait nullement. Il avait bu aussi d'une manière qui, avec le recul des années, lui apparaissait comme exagérée. Le 10 avril

1932 il se disposait à répondre à la sollicitation d'une purgation qu'il considérait comme une nécessité périodique, lorsqu'il fut pris d'une émission de sang par la bouche et par le rectum, si abondante qu'il en perdit connaissance. Un traitement antihémorragique et réglobulisateur (anthéma, et extrait spléno-hépatique) permit en juillet 1932 un examen radiologique qui d'ailleurs ne révéla aucune lésion gastroduodénale.

Pendant près d'un an l'état de santé florissant de Monsieur F... donne raison à cet examen négatif. Aucune douleur ne trouble des digestions faciles, aucune gêne ne tempère un appétit toujours vaillant. Son médecin constate seulement un foie petit, et tente par un régime approprié de modifier l'état cirrhotique qu'il diagnostique là et dont le malade ne cache pas les causes possibles.

Brusquement, une première fois en mai 1933, une deuxième fois en septembre 1933, un méloena abondant rappelle à Monsieur F... que l'absence de douleur n'est pas toujours synonyme de bonne santé.

Une nouvelle radiographie est comme la première négative. Je le vois à ce moment. Un peu pâle il ne souffre pas, la palpation de son abdomen souple n'est pas non plus douloureuse. Le foie est petit. Pas d'ascite.

D'accord avec le Docteur PIGNEY, médecin traitant, je confie Monsieur F... au Docteur MAX-LÉVY, gastro-entérologue. Celui-ci fait faire des radiographies en série par le Docteur CHÉRIGIÉ. Ces nouvelles radiographies

montrent qu'un important diverticule se détache du bord interne de la deuxième partie du duodénum non loin de l'angle D1 D2. Ce diverticule explique-t-il l'hémorragie? A cette question nous répondons par l'affirmative. Cependant nous nous proposons de vérifier, à l'ouverture de l'abdomen, l'ampoule de Vater et aussi la petite courbure parce que cette dernière apparaît radiologiquement floue, ce qui n'est peut-être qu'un défaut de remplissage.

Après deux transfusions de 50 puis 200 cc., pratiquées les 5 et 7 octobre et qu'exigent les 2.000.000 de globules rouges du malade, l'intervention est pratiquée le 9 octobre 1933.

Incision transversale de l'hypocondre droit. Sous un foie nettement cirrhotique apparaît une vésicule normale dont les adhérences assez lâches sont facilement rompues. Après exploration de la face antérieure de D2, décollement et libération de la face postérieure qui apparaît indemne elle aussi. La masse duodéno-pancréatique, décollée, est facilement empaumée et palpée. Un cordon de pancréatite est perçu très bas, mais il n'y a aucune lésion néoplasique de l'ampoule de Vater.

L'estomac attiré offre sa petite courbure nette de toute adhérence, dépression ou induration. Il nous faut donc revenir au diagnostic d'un diverticule qui se cache. D2 est incisé alors sur 5 centimètres à son bord externe. L'index gauche introduit dans cette brèche n'a aucune peine à découvrir un diverticule, situé là où la radiographie l'a

révélé et s'enfonçant dans, le parenchyme pancréatique. Sur l'index recourbé en crochet et qu'il gante exactement le diverticule émerge peu à peu du pancréas que refoule progressivement une compresse minutieuse. Il a 2 cm. de long. Réinvaginé il montre à travers la brèche duodénale sa muqueuse rouge et suintante. Il est maintenu invaginé par un point en bourse. Le pancréas est réappliqué sur la suture, le duodénum fermé en trois plans transversalement et colmaté d'une greffe épiploïque.

Paroi abdominale en trois plans.

Les suites opératoires sont normales, et la guérison paraît assurée. L'opéré retourne dans ses foyers et termine sa convalescence. Mais voici que le 31 décembre 1933 une nouvelle hémorragie nécessite une transfusion d'urgence de 500 cc., sans laquelle la mort par anémie aiguë serait survenue certainement.

L'état général décline alors, malgré une médication hépatique et anti-anémique des plus actives. Les hémorragies macroscopiques ne se reproduisent pas, mais le malade maigrit, l'appétit disparaît. Une masse volumineuse apparaît peu à peu sous le bord costal droit et dont le Docteur PIGNEY pense qu'il s'agit d'un gros lobe hépatique. La mort survient le 9 mai 1934 en pleine cachexie.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° Le diagnostic de diverticule du duodénum ne put être fait cliniquement, mais les signes d'ulcère ou de lé-

sion saignante gastro-duodénale imposèrent une radiographie et c'est de celle-ci que dépend toute la suite. La situation au bord interne de D2, tout contre D1, du diverticule de Monsieur F... a tout d'abord facilité sa dissimulation derrière l'antre pylorique. Les radiographies en série du duodénum en revanche, le montrent nettement.

2° Le diverticule triomphalement découvert par la radiographie était-il à l'origine des hémorragies ? Au cours de l'intervention aucun ulcère gastrique, aucune lésion de l'ampoule de Vater. Le foie était atteint de cirrhose, le pancréas présentait une traînée de dure pancréatite. Le foie a-t-il été le siège d'une transformation néoplasique ? A-t-il accueilli l'essaimage d'un pancréas néoplasique ? Ces hypothèses sont nées de la constatation faite par le Docteur PIGNEY d'un gros lobe hépatique dur se développant rapidement dans les derniers mois.

3° Enfin, le traitement chirurgical appliqué au diverticule fut-il judicieux ? Était-il capable d'empêcher les saignements ultérieurs ? La réinvagination avec enfouissement constitue un des traitements recommandés par les classiques. Pour ma part, à la prochaine occasion, je ferai la résection du diverticule, ce qui me paraît plus sûr et me permettra d'éliminer le diverticule de nos préoccupations post-opératoires.

\*  
\*\*

Dans ce premier cas l'incertitude persiste en ce qui

concerne l'origine véritable des hémorragies intestinales, puisqu'aucune nécropsie ne put être faite. Il ne nous semble pas qu'il faille incriminer le diverticule duodénal opéré : la réinvagination de celui-ci, sa ligature par point en bourse, qui en a certainement provoqué le sphacèle et la chute, nous autorisent à l'innocenter. Les hémorragies qui ont apparû 2 mois et demi après l'intervention chirurgicale ne peuvent lui être attribuées. En revanche l'insuffisance hépatique, qu'atteste l'examen clinique et qu'expliquent les habitudes alimentaires du malade, apparaît comme une cause bien probable, et il n'est pas défendu de penser que le foie, qui fit saigner la muqueuse duodénale, était capable de faire saigner également le diverticule.

## OBSERVATION II

Madame M..., âgée de 67 ans, est hospitalisée le 6 septembre 1939 pour une occlusion intestinale.

Constipée habituelle de 4 à 6 jours depuis 1 an avec émission de glaires et de sang, cette malade depuis trois jours n'a rejeté non seulement aucune selle, mais encore aucun gaz.

Très rapidement, la clinique permet de mettre en évidence un néoplasme du rectum, cause probable des troubles. Mais, si le colon est distendu, si les flancs sont sonores et présentent cette matité déclive que les mouvements de latéralité du sujet ne suppriment qu'incomplètement

et avec lenteur, l'abdomen est en outre saillant au milieu, et sous une peau mince, laisse percevoir les contractions spasmodiques du grêle.

Une radiographie sans préparation montre des tuyaux d'orgues, et confirme l'existence d'une sténose de l'intestin grêle.

On décide alors une laparotomie médiane (Docteur LAMARE) :

Les anses grêles apparaissent dilatées et rouges. Trois brides, partant de l'arrière coecum et reliquat d'une appendicectomie ancienne, écrasant le grêle : l'une d'elle surtout, qui a rejoint l'épiploon, fortement augmenté de volume et tendu, coude le grêle qui est gros au-dessus d'elle, mince au-dessous. Toutes les brides sont alors sectionnées. L'intervention se complète par l'établissement d'un anus iliaque gauche en raison de la présence du cancer du rectum.

Cette observation semble devoir mettre en défaut le principe de la cause unique. Deux raisons d'occlusion ont été relevées sur l'intestin, une occlusion du grêle par brides, et une occlusion du colon par un néoplasme du rectum. Il est normal d'admettre a priori que chacune de ces deux lésions a évolué pour son propre compte, le néoplasme du rectum créant une sténose progressive du gros intestin, la bride péritonéale occasionnant, indépendamment de la lésion rectale, une occlusion aiguë qui fut le fait nouveau et soudainement grave qui orienta la malade

vers un service de chirurgie. Nous sommes en droit de penser d'ailleurs que l'effet progressif de la bride ne fut pas étranger à la production des signes d'occlusion chronique dont la malade souffrait depuis plus d'une année.

Et cependant ?

Nous pensons que le néoplasme du rectum, s'il ne fut pas responsable de l'organisation de cette bride péritonéale qu'il faut à bon droit attribuer à une appendicectomie difficile, en période aiguë et drainée, a entraîné une dilatation lente du colon. Celui-ci a étiré l'épiploon, mis en tension la bride au point d'interrompre soudainement la circulation intestinale grêle.

Cette explication n'est en vérité qu'une hypothèse. Il nous a plu de la formuler parce qu'elle est plausible et puis parce qu'elle satisfait l'esprit avide de comprendre.

### OBSERVATION III

Madame L..., 77 ans, entre le 11 septembre 1939, salle Mortemart à l'Hôpital de Saint Germain, parce que depuis 8 mois elle est constipée et présente en outre des selles sanglantes : sang rouge moyen, plus ou moins vif suivant les jours ou les heures. Ce saignement n'a pas cessé depuis le début de la maladie, plus ou moins abondant, parfois quelques filets, parfois un demi verre.

Depuis 3 mois est apparue une diarrhée tenace, sans autres signes, la malade n'a pas souffert. Elle ne rapporte

aucun antécédent notable. Trois grossesses normales ont donné trois fils normaux.

Une radiographie faite il y a trois mois n'avait montré aucun signe de stase, ni au niveau de l'estomac, ni au niveau des colons.

L'abdomen n'est pas ballonné. La palpation soigneuse y met en évidence, dans la fosse iliaque gauche, un point douloureux, avec, en dedans de l'épine iliaque, une résistance tumorale.

Le toucher rectal est négatif, ainsi que la rectoscopie.

Une nouvelle radiographie colique, le 12 septembre, montre un colon descendant qui paraît anormal par l'aspect marécageux des images.

Diagnostic probable : lésion du sigmoïde, dont on ne peut pas préciser la nature, aussi :

Le 20 septembre, sous anesthésie au balsoforme, laparotomie médiane (opérateur : Docteur LAMARE). Le sigmoïde apparaît gonflé d'une invagination peu marquée (3 cm.) que l'on désinvagine aisément, mais il persiste, en dépit de cette désinvagination, une résistance localisée du sigmoïde qui semble plus fortement infiltré que ne le méritait le degré de l'invagination qui fut levée. Aussi l'anse est extériorisée au travers d'une incision latérale gauche. L'hypothèse d'une tumeur bénigne pédiculisée ayant provoqué l'invagination est donc émise.

Le 22 septembre : ouverture du sigmoïde au thermocautère, et biopsie à la pince.

Le 28 septembre résection au bistouri électrique de l'anse extériorisée, à travers la brèche de laquelle fait saillie une petite masse qui obture l'orifice supérieur de l'anus artificiel.

*Examen histologique de la pièce* (Docteur ISIDOR).

La pièce est constituée par une paroi intestinale dont les glandes sont hyperplasiées, irrégulières dans leur forme, et leurs dimensions. Les éléments qui bordent les cavités glandulaires ont fréquemment perdu leur différenciation. Ils ont alors un cytoplasme très fortement chromophile, un noyau irrégulier, souvent en mitose. Si la plupart de ces formations glandulaires sont localisées dans la muqueuse, il en existe d'autres qui infiltrent la sous-muqueuse et les zones superficielles de la muqueuse. A ce niveau, on observe un début de sécrétion mucoïde en plaques.

Le prélèvement qui avait été effectué à la pince à biopsie lors de l'ouverture du sigmoïde montre le même aspect, avec une tendance infiltrante des éléments néoplasiques peut-être plus accentuée.

Il s'agit en résumé d'un épithélioma glandulaire typique de l'intestin avec début de sécrétion mucoïde.

#### OBSERVATION IV

Madame V..., 38 ans, est hospitalisée le 3 décembre 1939 pour une occlusion intestinale qui date de 6 jours. Depuis plusieurs années Madame V... est constipée, mais

cette constipation augmente peu à peu. Elle est actuellement de 3 à 5 jours, mais depuis 6 jours aucun gaz n'a filtré par l'anus. En outre, depuis 5 mois, sont apparues de façon intermittente, des selles sanglantes que la malade attribue à sa grande constipation. L'abdomen est ballonné de façon uniforme. La sonorité générale s'atténue dans les flancs. Le toucher rectal ne fait percevoir aucune tumeur, mais permet l'issue de quelques gaz qui distendent l'ampoule rectale, ce qui indique soit une parésie du rectum, soit une diminution de la sensibilité de la muqueuse rectale. Rectoscopie négative. La radiographie, sans préparation et debout, montre les anses intestinales exagérément dilatées, aussi bien au milieu de l'abdomen, que dans les flancs, mais des niveaux horizontaux révèlent un liquide de stase qui fait porter le diagnostic d'occlusion du grêle. Le lavement baryté qui suit aussitôt s'arrête dans la fosse iliaque gauche. En raison de l'incertitude qui persiste, malgré l'examen radiologique, au sujet du siège de l'obstacle, une laparotomie médiane est pratiquée (Docteur LAMARE) le 4 décembre 1939 sous anesthésie locale de la paroi abdominale, avec complément intermittent de chloro-kélène en inhalation. Les anses grêles sont énormes et rouges. L'exploration de l'iléon qui est repéré très rapidement conduit à un coecum distendu. Aussi les recherches portent-elles aussitôt dans la fosse iliaque gauche dont on extrait la masse du sigmoïde qui est invaginé. La désinvagination complète est faite et porte sur

4 cm. de longueur, mais une masse subsiste dans l'épaisseur de la paroi intestinale, et que l'on peut évaluer au volume d'une noisette. Ainsi le sigmoïde est fixé hors de l'abdomen, sur le plan de la laparotomie transversale qui fut branchée sur l'incision médiane à l'occasion de l'exploration de la fosse iliaque gauche. Suture en un plan, aux fils de bronze, de la brèche transversale, et en trois plans de l'incision médiane.

Six heures plus tard une ponction au thermocautère de l'anse extériorisée donne issue à une grande quantité de matières liquides et de gaz.

Deux jours plus tard l'anse extériorisée est réséquée. La mort survient le troisième jour en dépit d'un traitement médical actif par les toni-cardiaques et le sel hypertonique.

La pièce fut examinée par le Docteur ISIDOR qui fournit le compte rendu suivant :

La tumeur, de la grosseur d'une prune, fait saillie dans la lumière de l'intestin. Elle présente une surface presque lisse, avec quelques plages de sphacèle et de nécrose. Elle adhère par une large implantation à la paroi intestinale.

Sur une coupe totale, intéressant la tumeur et la paroi intestinale, on constate que la prolifération néoplasique est constituée par un grand nombre d'éléments glanduliformes du type intestinal irrégulier, et présentant tous les caractères cytologiques de la malignité. Ces forma-

tions infiltrent le pédicule de la masse tumorale et la paroi intestinale au point d'implantation de la tumeur, respectant les régions voisines.

A noter que les formations glandulaires présentent une activité sécrétoire assez intense.

En résumé il s'agit d'un épithélioma glandulaire végétant et mucoïde de l'intestin.

Ces deux observations sont presque superposables, les lésions y sont identiques : un néoplasme du sigmoïde compliqué d'une invagination. Les symptômes diffèrent :

Dans la première, les signes d'invagination chronique dominant, de signes d'occlusion peu ou prou : constipation et selles sanglantes. Puis, trois mois avant l'examen, est apparue une diarrhée, signe nouveau, qu'une tumeur intestinale peut expliquer, mais dont la ténacité, l'abondance auraient dû inciter les observateurs à émettre une hypothèse étiologique nouvelle.

Dans la seconde l'occlusion domine, chronique d'abord brutale ensuite. Pas de signes spécifiques d'invagination puisque les selles sanglantes peuvent être attribuées à une tumeur ulcérée. Pas de diarrhée.

Cependant il faut dire que dans les deux cas les émissions sanguines furent assez abondantes, de sang rouge. L'invagination semble donc avoir joué un rôle dans la production de ces hémorragies. Une tumeur petite, s'il ne s'agit pas d'un polype vilieux, procure des selles san-

glantes, des pertes sanguines répétées mais peu abondantes. Leur peu d'abondance même autorise un séjour dans l'ampoule rectale qui en altère la vivacité et leur donne le caractère de méloena.

Dans ces deux observations, deux causes sont à l'origine de l'occlusion, une tumeur et une invagination. Il faut cependant attribuer à la tumeur toute la responsabilité des accidents. Son petit volume lui fit chaque fois jouer le rôle du polype que les contractions intestinales tendent à expulser, et dont la lente progression entraîne la base d'implantation dans la lumière intestinale.

Mais il ne fallait pas se contenter de désinvaginer. Si dans le cas de Madame V... le néoplasme était assez facilement reconnaissable à travers la paroi du sigmoïde, en revanche dans le cas de Madame M... l'épaississement de l'intestin était minime, et pouvait être attribué à la stase vasculaire qu'imprime l'invagination. Cependant cet épaississement bien qu'il ne fut pas nettement localisé, a étonné la sensibilité tactile de l'opérateur qui, curieux de connaître la raison de cet épaississement, a extériorisé l'anse et guéri la malade.

---

## DE QUELQUES FONDEMENTS DU DIAGNOSTIC

---

Le diagnostic est basé sur l'*observation*. Mais l'enregistrement pur et simple des faits et des signes ne suffit pas au diagnostic.

La *mémoire* intervient, qui non seulement permet le rapprochement des constatations faites, leur groupement et leur comparaison, mais aussi tient à la disposition de l'observateur toute une série de signes et de faits semblables aux signes et faits observés, mais munis de leur valeur diagnostique, que l'évolution qui suit a déterminée.

L'observation et la mémoire suffiraient à établir un bon diagnostic, si les maladies étaient soumises à des règles mécaniques immuables.

Mais l'organisme aussi intervient, qui donne à la traduction clinique des lésions une forme particulière, différente pour chaque individu. Et aussi d'autres signes que ceux qui traduisent classiquement la maladie s'offrent à l'observateur. A celui-ci de savoir reconnaître, sous la forme particulière, le signe classique qui se cache. A lui aussi de ne pas négliger les signes dits accessoires qui sont capables de révéler un tempérament, ou de guider le diagnostic dans une voie nouvelle.

Que faut-il d'autre à l'observateur que l'attention ou la mémoire? *La faculté de s'étonner, la curiosité de savoir.*

*L'étonnement* tient de l'observation d'un fait nouveau. Plus exactement il s'éveille devant l'inconnu. Le fait de s'étonner est celui de l'enfance, il est le meilleur levier de la pédagogie. Le point d'interrogation est le premier signe de la science enfantine. Il est aussi le mobile essentiel des hommes de science.

Nos systèmes éducatifs tendent pour la plupart à éliminer la faculté de s'étonner. La surabondance des connaissances qui est exigée des élèves entraîne une satiété, où il n'y a plus de place pour l'étonnement. La brièveté du temps qui est départi à une telle absorption aggrave encore cette satiété en y ajoutant la fatigue.

Les barrières immuables qui limitent trop souvent le travail intellectuel du groupe briment les étonnements singuliers. Trop souvent insatisfait l'étonnement ne se manifeste plus, il s'émousse, puis meurt.

L'étude des défauts que comportent beaucoup de systèmes d'instruction nous entraînerait à des développements qui sont hors de notre propos. Qu'il nous suffise de dire que le médecin doit garder l'âme enfantine. Il lui faut s'étonner de tout et de rien. Nombre de ces étonnements n'auront qu'un objet dérisoire. Quelques-uns l'inciteront à la découverte et le récompenseront largement de la vanité des premiers. Que le médecin ne soit pas un blasé

pas plus il n'est pas un endurci. A s'étonner, qu'il ne se refuse pas, pas plus qu'il n'esquive le sentiment de la souffrance d'autrui.

Mais l'étonnement n'est pas tout. Le désir de savoir et de comprendre doit suivre aussitôt. Ce désir c'est la *curiosité*. L'étonnement n'est rien s'il demeure stérile. La curiosité est, elle aussi, une qualité de l'enfance. Elle aussi s'émousse le plus souvent avec l'âge et par l'instruction. Le médecin doit rester curieux. Il n'est pas suffisant qu'il ait cueilli des étonnements, posé des interrogations. Il lui faut encore garder l'énergie et la patience de satisfaire son étonnement, de répondre aux interrogations.

Constamment excité par l'inconnu il fera l'effort d'y pénétrer pour le connaître. Il y faut du travail et l'amour de la profession.

Il va sans dire que les qualités que nous venons d'esquisser et qui entretiennent « l'esprit de produire » dont parle Paul VALÉRY, ne donneront plein effet que si la précision guide l'observateur, si la mémoire lui fournit un ample matériau, et si en outre une sensibilité toujours en éveil lui permet de percevoir les moindres défauts de la cuirasse dont s'enrobe l'Inconnu, son adversaire de chaque jour.

---

## DISCUSSION

---

Les observations que nous avons rapportées nous paraissent illustrer la nécessité pour le médecin d'acquérir ou de ne pas perdre les qualités sans lesquelles le diagnostic risque d'être faux ou incomplet.

Dans la première observation, l'étonnement ne fait pas défaut. Peut-être la curiosité n'y est-elle point assez avide. Un examen plus complet de l'insuffisance hépatique et pancréatique aurait eu pour conséquence heureuse une thérapeutique médicale plus active et plus précoce. La curiosité n'y fut point satisfaite pour une raison indépendante de la volonté des observateurs.

Dans la seconde observation, l'étonnement causé par la révélation radiologique d'une occlusion de l'intestin grêle concurremment avec la constatation d'un néoplasme du rectum a déterminé la laparotomie médiane et la résection de la bride au lieu d'un simple anus iliaque.

Dans les deux dernières observations le surprenant épaississement de la paroi intestinale a poussé l'opérateur à compléter la désinvagination par une extériorisation de l'anse.

Dans tous les cas la « cause unique » semble avoir été respectée en hypothèse ou en fait.

## CONCLUSIONS

---

I. — Il est habituel, ainsi que nous l'enseigne la Faculté, qu'une « cause unique » soit à l'origine des symptômes, quelle que soit leur diversité, que présente un malade.

II. — La cause unique doit toujours être recherchée :

a) parce qu'elle a les plus grandes chances d'être la vraie cause.

b) Parce que la découverte de la cause vraie permet une thérapeutique efficace.

c) Parce que l'unité de cause satisfait l'esprit.

III. — Cette recherche exige un effort plus considérable que ne le demande la facile rencontre de causes multiples. Un tel effort est louable parce que les solutions de facilité ne sont pas dignes de l'homme.

IV. — Un tel effort exige des qualités de la part de l'observateur parmi lesquelles il nous a semblé utile de mettre en évidence l'étonnement et la curiosité, qualités

congénitales que les systèmes d'éducation doivent s'attacher non seulement à ne pas amoindrir, mais encore à entretenir et développer.

Vu

Le Doyen :  
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :  
MONDOR

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris  
ROUSSY

---